

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 215

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS DE TÉRATOME DU COU CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert CARLOT

Né le 12 Juillet 1910, à MERVANS (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS
DE TERATOME DU COU CHEZ LE NOUVEAU-NE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 215

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS DE TÉRATOME DU COU CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert CARLOT

Né le 12 Juillet 1910, à MERVANS (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD., NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET CLUZEL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. FROMENT SAVY.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	} PATEL. BERARD. VORON.
Clinique ophtalmologique	
Cliniques dermatologique et syphiligraphique	BONNET.
Clinique neurologique et psychiatrique	FAVRE.
Clinique médicale infantile	LEPINE (J.)
Clinique gynécologique.....	MOURIQUANI
Clinique Oto-rhino-laryngologie	COTTE.
Clinique urologique.....	REBATTU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	FAVERNIER.
Clinique des maladies infectieuses	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	J. CHALIER
Chimie biologique et médicale	PONTHUS.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE
Matière médicale et Botanique	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MANCEAU.
Anatomie	GUIART.
Histologie	LATARJET
Physiologie	POLICARD
Pathologie interne	HERMANN
Pathologie générale et thérapeutique	CORDER.
Anatomie pathologique	CADE.
Chirurgie opératoire	J.-F. MARTIN.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	SANTY.
Médecine légale	ARLOING (F.).
Hygiène	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAÏ
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* : TRILLAT, *assesseur* ;
GUILLEMINET et PIGEAUD.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Que ces modestes lignes soient
pour eux le témoignage de l'affection
et de la reconnaissance de leur fils.

A MON FRERE ET A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

AUX DOCTEURS MAGNIN ET AMBRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail, qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

En hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET
MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT
MONSIEUR LE DOCTEUR DESJACQUES
MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE SAINT-ÉTIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR CROIZIER
MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET
MONSIEUR LE DOCTEUR LAURENT
MONSIEUR LE DOCTEUR DUJOL
MONSIEUR LE DOCTEUR JOSSERAND

DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS DE TÉRATOME DU COU CHEZ LE NOUVEAU-NE

INTRODUCTION

Les tumeurs congénitales du cou ne sont convenablement connues et classées que depuis les publications de Lannelongue, d'Achard et de Ménard, tout particulièrement depuis la parution du traité des kystes congénitaux de Lannelongue; l'ensemble de ces travaux se situant dans les vingt dernières années du XIX^e siècle.

C'est à ce moment que sont séparés le groupe des kystes séreux congénitaux ou lymphangiomes kystiques multiloculaires apparents à la naissance et le groupe des kystes branchiaux uniloculaires qui ne sont généralement pas visibles à la naissance, comme la plupart des kystes dermoïdes à la famille desquels ils appartiennent.

Les tératomes ne sont cependant pas encore franchement individualisés, seules sont classées sous ce nom certaines tumeurs de la face saillant à la surface d'un des os du massif facial ou appendues à l'une des parois de la cavité buccale.

Ces tumeurs, qui ne sont généralement pas compatibles avec la vie sont observées pour la plupart chez

des monstres épignathes et font partie des monstruosités doubles asymétriques ou parasitaires dans les ouvrages de tératologie comme celui de Schwalbe.

Les tératomes du cou, tels qu'on les entend aujourd'hui, sont décrits alors sous le nom de kystes dermoïdes complexes; Lannelongue note expressément à leur sujet une constitution spéciale « *très complexe* », et le fait que, contrairement aux kystes branchiaux habituels, ils sont diagnostiqués dès la naissance ou chez de très jeunes enfants.

Lannelongue et Ménard rapportent que des tumeurs tératoïdes de cet ordre ont été observées par Giraldes chez une petite fille dont la tumeur, s'étendant du lobule de l'oreille au sternum, contenait des noyaux cartilagineux et des noyaux osseux, et par Gilles qui, opérant un enfant de 26 mois, trouve une tumeur complexe du cou avec un fragment de maxillaire à son intérieur.

Depuis cette époque, une des plus grosses difficultés auxquelles on se heurte dans l'étude des tératomes du cou est la complexité de leur nomenclature. Personne n'est d'accord sur leur définition et suivant le sens plus ou moins restrictif qui leur est réservé, on en sépare ou non nombre de tumeurs qui, cependant dérivées de plusieurs feuilletts embryonnaires, ne contiennent pas d'organes nettement évolués, seuls vraiment caractéristiques des tératomes.

Lavonius divise les tumeurs embryonnaires du cou en *tumeurs mixtes*, *tumeurs tératoïdes* et *tératomes vrais*, dont il rassemble huit observations

empruntées à Zahn, Schimmel Bush, Wetzel, Bömströem, Swoboda, Pupovac, Poult, Flesh et Wintenitz. Dans les huit cas la tumeur s'était développée aux dépens des trois feuillets embryonnaires, mais il ne s'agissait pas dans tous de nouveau-nés.

Veau range sous le nom de branchiomes les tumeurs mixtes *simples* congénitales du cou, qu'il s'agisse d'adéno-myxo-chondromes, de cylindromes, d'endothéliomes, de sarcome plexiformes ou autres, pour réserver le nom de tératomes aux tumeurs mixtes *complexes*. Celles-ci se caractérisent selon Veau et Plessier :

a) par la plus grande variabilité de leurs tissus (tissu nerveux) ;

b) par la présence de fragments d'organes plus ou moins reconnaissables à leur intérieur.

De telles différenciations entre dysembriomes plus ou moins complexes et tératomes vrais sur lesquelles nous reviendrons dans le chapitre anatomique ne semblent pas utiles à Schwalbe dont nous partageons l'opinion tout au moins au point de vue clinique. Comme lui, nous accorderons au terme de tératome un sens très compréhensif. Nous y sommes autorisé en ce qui concerne les tumeurs cervicales du nouveau-né par une symptomatologie et une thérapeutique communes et une égale rareté.

Cette dernière a été soulignée tout récemment encore dans la thèse de Rossano (Paris, 1932), qui, étudiant les kystes, fistules et tumeurs de la région

latérale du cou, montre que les tératomes figurent parmi les moins fréquentes de ces affections.

Or, à quelques mois d'intervalle, le hasard a fait naître à Lyon, dans le service du Professeur Agrégé Trillat et à la Clinique Obstétricale du Professeur Voron, deux enfants porteurs de volumineux tératomes du cou. Pareille éventualité ne s'était jamais produite ces dix dernières années, ni dans ces services, ni dans celui de M. Rhenter, le nombre des naissances correspondant à ce laps de temps étant de plus de 45.000 pour ces trois maternités.

Nos deux Maîtres ont bien voulu nous confier le soin de rechercher avec quelle fréquence de semblables cas ont été rencontrés et d'établir les principaux caractères histologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection.

En plus d'une observation de Lavonius, dont nous avons déjà cité les travaux, nous n'avons pu rassembler après avoir consulté les *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, les *Annales d'Anatomie pathologique*, les *Revue de Chirurgie et d'Orthopédie*, le *Journal de Chirurgie* et la *Presse Médicale* de ces dernières années, que trois observations pouvant nous intéresser.

Elles ont été publiées respectivement par :

Lecène et Mouchet (*Ann. d'Anat. Path.*, 1928);

Fèvre et Pavie (*Ann. d'Anat. Path.*, 1931);

et Freitas Simoës (*Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1934).

Les commentaires qui accompagnent ces observations

et les références retrouvées dans l'*American Journal of Cancer* nous ont appris l'existence de deux revues générales étrangères établies à ce sujet : celle de Saphir dans l'*American Journal of Pathology* en 1929 et celle de Colloridi, qui a publié, dans les *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, en 1933, un article intitulé : *Contributo alla conoscenza dei tumori del collo*.

Deux dernières références étrangères sont parvenues à notre connaissance, celle d'un tératome à contenu encéphaloïde publié par Tomassini dans les *Annali Italiani di Chirurgia* en mai 1938 et celle d'un tératome ayant coexisté avec un hydramnios aigu rapporté par Wilson dans le *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, en février 1939.

Il nous a été impossible de nous procurer les documents originaux dont nous venons de citer les titres et nous nous contenterons de commenter les observations que nous rapportons à la lumière des faits et des opinions recueillis dans la littérature française.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

inédite

(Service de M. le Professeur VORON,
mars 1939, Obs. 290)

Mme M..., tertigeste, accouche de deux jumeaux le 11 mars 1939. Les deux enfants viennent par le siège et pèsent respectivement 2 k. 560 et 3 k. 180. Il y a deux placentas. Pas de dystocie. Ces deux enfants sont du sexe masculin.

Tandis que le second jumeau est tout à fait normal, on constate sur le premier, à la région cervicale gauche, comme appendue à la moitié gauche du maxillaire, une masse à peu près régulièrement hémisphérique du volume d'une grosse orange qui fait, par rapport à la joue et à la région de l'épaule, une saillie d'environ 4 cm. Cette masse est tendue, rénitente, surtout à la partie supérieure correspondant à la région parotidienne. Elle présente une saillie nodulaire du volume d'une grosse noisette au niveau de laquelle la peau est plus vascularisée que sur l'ensemble de la grosseur.

La masse n'est nullement pédiculée. Sa surface d'implantation est large ; à la base on ne peut pas délimiter le point où commence la tumeur.

La peau qui la recouvre est finement vascularisée ; elle est occupée par de petites pénicillations dont les unes plus nombreuses sont artérielles, les autres plus larges sont veineuses. A la partie un peu déclive et inférieure on voit trois ou quatre points qui ont un aspect de *naevus* occupant chacun la dimension d'une tête d'épingle de verre.

L'intérieur de la bouche ne présente aucune particularité, le rebord gingival n'a rien.

L'examen de la gorge ne montre aucune malformation ; au troisième jour l'enfant éprouve cependant une certaine gêne de la déglutition.

Cœur normal.

Ictère léger.

Aucune autre malformation.

On signale seulement sur la paroi antérieure du thorax, au-dessous de la ligne mamelonnaire, un réseau veineux un peu apparent, mais nullement flexueux, banal en somme.

Au troisième jour la masse a sûrement augmenté depuis la naissance. Elle donne maintenant une impression polykystique avec des kystes du volume d'un grain de raisin. On porte le diagnostic de lymphangiome.

Le cinquième jour : Intervention du Docteur Tavernier. — Ablation de la tumeur après anesthésie locale très légère dans le sens de la circonférence. Cette tumeur n'a rien de comparable avec un lymphangiome

précédemment opéré. Elle est partout encapsulée, sphérique avec un plan de clivage très facile à trouver qu'on libère au doigt et au fond duquel on aperçoit les gros vaisseaux qui ne sont pas intéressés. L'énu-



FIG. I. -- Avant l'intervention.

cléation est faite en quelques instants. On résèque une partie de la peau et on suture sans drainage. On a lié deux ou trois veinules dans le plan de clivage du côté de la nuque.

Examen histologique : Sur la coupe on note les tissus les plus variés : tissu nerveux cérébro-spinal représenté essentiellement par de la névroglie avec, en certains points, différenciation très nette des cavités épendymaires. Nulle part, bien que ce tissu nerveux soit très répandu dans le fragment envoyé à l'examen,



FIG. II. — Deux mois après l'intervention.

on ne note de cellules ganglionnaires, ni de formations rétinienne. Il y a des kystes glandulaires d'aspect salivaire, des formations bronchiques nettement caractérisées avec un épithélium pourvu de cils vibratiles, des glandes muqueuses, des anneaux cartilagineux incomplets. A distance de ces anneaux on trouve des masses cartilagineuses sans rapport avec les formations bronchiques.

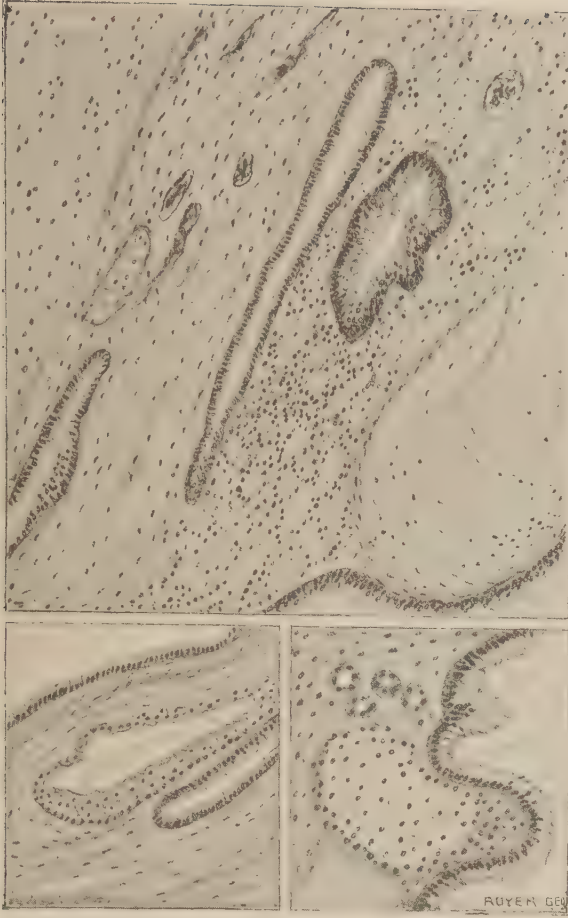


FIG. III

COUPE D'ENSEMBLE

A la partie supérieure : Tissu encéphaloïde.

A la partie moyenne : Névrologie avec un long canal épendymaire.

A droite, à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur : formation éphitéliale d'aspect bronchique.

CARTOUCHE GAUCHE

De haut en bas et de gauche à droite :

Epithélium cubique indifférentié,
Glande sébacée kystique,
Epithélium cilié à type respira-
toire.

A la partie inférieure :

Fibres musculaires lissés en tour-
billon.

CARTOUCHE DROIT

A droite :

Glandes intestinales.

A gauche et en haut

Glandes séreuses probablement
sudoripares.

Au centre :

Ilot cartilagineux.

On trouve en plusieurs points un épithélium intestinal absolument typique.

Le tissu musculaire lisse est assez abondant, formant en certains points de véritables tourbillons. On trouve également des fibres striées.

En d'autres endroits on tombe sur des cavités tapissées d'un revêtement endothéliforme. Le revêtement ectodermique est peu abondant, néanmoins en un point il semble exister quelques ébauches de bulbes pileux.

En conclusion : Tumeur dysembryoplasique à tissus multiples, sur laquelle la variété des tissus permet de porter le diagnostic de tératome.

Suites opératoires : Excellentes. Cicatrisation par première intention, aucune anomalie dans le jeu du sterno-cléido-mastoïdien.

Revu le 10 juin l'enfant, âgé de 3 mois, se porte très bien. La cicatrice est esthétiquement et fonctionnellement parfaite.

OBSERVATION II

Un cas de tératome cervical juxta-thyroïdien

(Docteur TRILLAT et NOTTER)

(*Bulletin Soc. Obst.*, 1939)

Mme L..., tertipare de 29 ans, entre le 13 novembre à 22 heures; début des douleurs le même jour à 18 heures. Poche des eaux rompue à l'arrivée dans le service, Présentation du sommet en O.I.G.A.

A 4 h. 45, le 14 novembre, à dilatation complète on fait une application de forceps symétrique pour arrêt de la progression au bas de l'excavation et pour souffrance foétale. La tête vient se fixer sous la symphyse facilement et dégagement à la main. On constate alors une tumeur cervicale, du volume d'une orange, siégeant à droite, latéralement.

Après quelques battements cardiaques l'enfant meurt et ne peut être ranimé. C'était une fille de 3.000 grammes. Le placenta était de 550 grammes.

La tumeur déplisse le lobule de l'oreille et a des contours arrondis qui vont de l'apophyse mastoïde à la région sus-claviculaire pour longer la fourchette sternale et se terminer au voisinage du corps thyroïde. En haut elle déborde légèrement les branches montante et horizontale du maxillaire inférieur.

Elle a une consistance fluctuante par endroits, plus résistante en d'autres, donnant une impression kystique en certains points.

Par le toucher laryngé profond on isole les deux lobules thyroïdiens.

La mère ne présente aucune anomalie au niveau du cou. On ne signale rien chez les deux autres enfants vivants et normaux.

Examen macroscopique : A la dissection on isole assez facilement la tumeur des plans superficiels. Elle apparaît encapsulée et on effondre une poche contenant environ 40 grammes de liquide colloïde. Le reste de la tumeur est formé de tissus d'apparence glandu-

laire qui semble en continuité avec le lobe thyroïdien droit.

Le poids du tissu solide était de 90 grammes, le poids total de 130 grammes.

L'examen *histo-pathologique* de la tumeur (Docteur Ambre) a montré qu'il s'agissait d'un tératome dysembryoplasique comprenant les tissus les plus variés : tissu musculaire strié, tissu nerveux rappelant la structure du cervelet, névroglie avec, en un endroit, un canal épendymaire, tissu conjonctif très jeune, œdémateux, ébauche vasculaire par place ne réalisant pas le type du lymphangiome kystique, palissade épithéliale rappelant l'épithélium bronchique.

Nulle part on ne retrouve du tissu thyroïdien reconnaissable.

Une belle photographie illustre la communication de MM. Trillat et Notter dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de mars 1939 où cette observation est rapportée.

OBSERVATION III

FREITAS SIMOÊS

(*Bulletin Société Gyn. et Obst.*, 1934)

Tumeur congénitale du cou (Tératome kystique)

Il s'agit d'une femme à sa troisième gestation qui accouche facilement d'un enfant de 2 k. 100 malgré une volumineuse tumeur du cou du fœtus qui aurait bien pu être un obstacle à l'accouchement.

Le Wassermann est négatif.

La tumeur n'adhère pas à la peau qui est d'aspect normal. On a, du côté gauche, une sensation de fluctuation dans plusieurs poches communicantes.

L'enfant n'arrive d'ailleurs pas à respirer, bien qu'on ait pu percevoir les mouvements du cœur pendant quelque temps et malgré le traitement.

Examen macroscopique (photo jointe) : Immédiatement sous la racine de la langue et fixée à l'os hyoïde et aux cartilages thyroïdiens se trouve une tumeur formée de deux parties latérales, dont la gauche est plus grosse que la droite. La tumeur est encapsulée, mesure 18 cm. de hauteur et 17 cm. de largeur. Après incision verticale à gauche, intéressant toute l'épaisseur de la capsule, on voit sortir à peu près 150 cc. d'un liquide jaune rougeâtre.

Insérée sur la paroi postérieure de la cavité ainsi ouverte, on voit une formation en grappe de la grosseur d'une mandarine ayant la consistance du caoutchouc.

De petites incisions faites à différents endroits de cette dernière formation montrent qu'elle est formée d'une infinité de cavités kystiques donnant issue, les unes à une substance laiteuse, les autres à une substance séreuse.

Les cloisons qui séparent ces petits kystes offrent à la coupe des résistances différentes.

À droite de la grande tumeur on ne trouve pas de liquide, mais seulement une autre formation sembla-

ble à celle qui vient d'être décrite, mais située immédiatement sous la capsule de la tumeur et s'en détachant sans difficulté.

Les deux moitiés de la tumeur sont séparées par une mince paroi d'un tissu d'aspect macroscopique semblable à celui de la capsule elle-même.

Examen microscopique : Il montre que les différents fragments examinés ont une structure très complexe.

Constitués par un stroma conjonctif formé par des faisceaux collagènes, les uns très fins, les autres très épais, disposés en toutes directions, régulièrement vascularisés, pauvres en cellules en quelques endroits, tandis qu'en d'autres il y a de nombreux éléments cellulaires, quelquefois infiltrés de cellules lymphoïdes, de rares polynucléaires neutrophiles, de plasmazellen.

En de rares points de la tumeur on trouve quelques foyers d'hémorragie récente.

Au milieu de ce stroma il y a des formations de différentes natures, telles que des cavités vésiculaires, souvent kystiques, des nodules cartilagineux, des trabécules osseuses, des prolongements papillaires formés par plusieurs assises de cellules épithéliales.

Presque toutes ces cavités sont entourées par des faisceaux de fibres connectives en dehors desquelles on trouve quelquefois une rangée de fibres musculaires lisses.

Le contenu de ces cavités, quand il y en a un, est constitué par des masses amorphes sans structure définie, quelquefois infiltrées de sels de calcium ou par

ces mêmes masses, mais mélangées à des résidus nucléaires ou des cellules détachées de la paroi. Quelques-unes de ces cavités d'aspect glandulaire ressemblent à des vésicules de la thyroïde incomplètement développées.

Répendus en différents endroits des préparations on trouve des nodules de cartilage hyalin, dont quelques-uns en voie de formation, d'autres complètement développés, pour la plupart entourés de faisceaux connectifs.

Dans quelques-uns de ces nodules on peut voir la formation de trabécules osseuses.

En plusieurs points, mais presque toujours près des cavités vésiculaires, se trouvent des nodules lymphoïdes très caractéristiques avec un stroma réticulé particulier de tissu adénoïde, les mailles de ce réticulum étant bourrées de cellules d'aspect lymphoïde.

En de rares endroits, parmi les faisceaux conjonctifs, il existe des fibres musculaires striées, les unes petites, les autres plus longues et disposées en plusieurs directions.

OBSERVATION IV

FÈVRE et PAVIE

(*Annales d'Anatomie pathologique*, 1931)

Un cas de tératome de la région cervicale

P... Liliane, 25 jours, entre aux Enfants Malades le 26 mars 1931 pour une grosse tumeur cervicale qui inquiète ses parents.

Cette tumeur qui existe depuis la naissance se serait accrue lentement et donnerait maintenant quelques troubles respiratoires.

Par ailleurs le bébé est parfaitement constitué.

L'examen montre une grosse tumeur cervicale antérieure et latérale droite du volume du poing d'un adulte qui gêne les mouvements de la tête.

Il y a une dyspnée très légère.

La tumeur s'étend sur toute la région latérale droite du cou jusque vers le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Elle proémine surtout à la région cervicale antérieure et se termine sous le sterno-cléido-mastoïdien gauche. En haut cette tumeur va du squelette thoracique, qu'elle déborde même superficiellement, jusqu'au maxillaire inférieur qu'elle déborde latéralement à droite.

Cette tumeur paraît présenter plusieurs lobes : l'un principal antérieur et un autre remontant dans la région cervico-faciale droite.

L'aspect rappelle donc celui d'un lymphangiome kystique du cou, et la palpation n'infirme pas cette idée. On constate en effet une fluctuation indiscutable de la masse principale. La peau, à sa surface, est saine et de coloration normale, tendue, mais n'adhère pas.

On pose le diagnostic de lymphangiome kystique du cou.

A l'intervention on dégage facilement la tumeur des organes voisins en raison d'un plan de clivage.

Examen macroscopique : A la coupe la tumeur se présente comme une coque épaisse entourant une volu-

mineuse masse solide dont elle est séparée presque partout par une couche liquide.

Examen histologique : Les coupes montrent que la tumeur est constituée par des fentes et des cavités kystiques disséminées, disposées dans un stroma d'aspect varié.

Le stroma est constitué tantôt par un tissu conjonctif plus ou moins dense, tantôt par du tissu nerveux embryonnaire.

On y note la présence de quelques nodules de cartilage hyalin.

La plupart des cavités kystiques sont tapissées par un épithélium formé de cellules cylindriques hautes, d'autres par un épithélium cubique bas, parfois stratifié.

Certaines d'entre elles méritent de retenir l'attention par leurs caractères particuliers : c'est ainsi qu'il existe des formations à revêtement épithélial disposées en couches, dont certaines sont chargées de pigment, développées sur un tissu nerveux embryonnaire ; il existe aussi des fentes allongées tapissées par un épithélium cubique chargé de pigment noir. Ces formations sont des ébauches assez informes qui rappellent celle de l'œil de l'embryon : rétine, choroïde, iris.

On remarque aussi des cavités dont le revêtement est analogue à celui de l'épendyme et dont la lumière est occupée par des villosités du type plexus choroïde embryonnaire.

OBSERVATION V

LECÈNE et MOUCHET

(*Annales d'Anatomie Pathologique*, 1928)

Ch... Raymonde, 2 ans, entre dans le service du Docteur Mouchet pour une tumeur droite, au cou, existant depuis la naissance. A ce moment, sa mère avait remarqué une tumeur du volume d'une noix.

L'enfant est née à terme, sans malformations.

Au début la tumeur resta stationnaire, mais depuis six mois elle a grossi notablement.

On trouve donc à la partie droite du cou une tumeur du volume d'une orange, arrondie, nettement limitée. En avant elle n'atteint pas la ligne médiane, en arrière elle va jusqu'aux vaisseaux carotidiens. En haut elle est distante d'un travers de doigt du maxillaire inférieur, en bas elle affleure la clavicule.

Sa consistance varie suivant les points : ferme, presque chondroïde en avant, rénitente et élastique en arrière où elle donne la sensation de tumeur kystique.

Aucune adhérence aux téguments qui sont normaux, ni rougeur, ni chaleur. La peau est souple.

La tumeur paraît bien mobile sur les plans profonds. Aucune adhérence au squelette voisin.

En avant la délimitation n'est pas très nette d'avec la trachée. Il n'y a pas de troubles fonctionnels. La palpation est indolente.

La santé de l'enfant est parfaite.

On porte le diagnostic de tumeur congénitale du cou.

Opération le 21 mars 1928.

La tumeur se laisse assez bien énucléer, mais en avant une sorte de pédicule la relie à la face antérieure de la trachée, comme si elle provenait de l'isthme du corps thyroïde.

Ce pédicule est lié.

Suites simples.

Examen macroscopique : La tumeur est bien encapsulée, formée de nombreuses cavités kystiques de taille variable contenant un liquide clair.

Examen histologique : On constate un stroma formé surtout par du tissu conjonctif jeune finement fibrillaire, certaines cavités sont revêtues d'un épithélium cylindrique cilié, d'autres d'un épithélium à cellules caliciformes avec glandules acineuses. Plusieurs kystes présentent des végétations très ramifiées et vasculaires qui ressemblent tout à fait au plexus choroïde ; le stroma qui entoure ces cavités est certainement de la névroglie parsemée de traînées de cellules chargées d'un pigment noir, abondant, analogue à celui de la choroïde et de l'iris.

Dans certaines de ces traînées de tissu névroglie, on trouve des cellules identiques à celles qu'on rencontre dans le système nerveux central de l'embryon.

OBSERVATION VI

(Résumé d'une observation de LAVONIUS.

Réf. *Journal de Chirurgie*, 1909)

Lavonius rapporte le cas d'un enfant présentant une tumeur tératoïde du cou à sa naissance.

Il n'eut l'occasion de voir l'enfant qu'à l'âge de 2 mois. A ce moment on avait affaire à une tumeur du volume d'un œuf d'oie allant du menton au sternum et occupant la région médiane et latérale gauche du cou.

L'enfant fut opéré et l'exérèse de la tumeur fut facile et les suites excellentes.

Examen histologique : Il montra du tissu cartilagineux et un tissu fasciculé avec des formations ressemblant au corps thyroïde d'un fœtus de 6 mois environ.

La tumeur ne contenait pas de formations ectodermiques, c'est pourquoi Lavonius se refuse à la traiter de tératome vrai et l'appelle *tumeur tératoïde*.

PATHOGENIE

Les tératomes, selon la définition de Masson, sont des tumeurs où se rencontrent sans distinction de région tous les tissus greffables de l'organisme. Donc n'y seraient pas représentés certains parenchymes glandulaires hautement différenciés, comme le rein, et selon une opinion assez généralement admise, le tissu germinatif.

Les tératomes ainsi définis évoquent donc l'idée de monstres jumeaux de leur porteur. C'est d'ailleurs le sens étymologique de ce terme et Geoffroy Saint-Hilaire les assimilait à des monstres doubles par inclusion ou endocymiens, ce qui l'amenait à écrire : « Toute tumeur contenant des tissus étrangers à la région où elle se trouve doit être considérée comme un tératome, c'est-à-dire comme un monstre double résultant d'une diplogénèse par inclusion. »

D'autres donnent, nous l'avons vu, à cette définition un sens plus restrictif que ne le fait Masson, et pour mériter le nom de tératome la tumeur doit alors comprendre des parties fœtales reconnaissables ou, tout au moins, doit avoir une structure organoïde permettant de reconnaître à l'œil nu certaines des parties constituantes.

On voit combien est arbitraire la séparation entre

les tératomes vrais et les dysembryomes à tissus multiples et suivant les idées de certains nous devrions peut-être ranger nos observations non pas dans les tératomes vrais, mais dans les dysembryomes complexes tératoïdes (embryomes de la classification de Wilms).

Quelque stérile que nous paraisse cette distinction nous allons essayer de situer rapidement les tumeurs que nous avons observées parmi les différentes hétérotopies

HÉTÉROTOPIES, DYSEMBRYOMES ET TÉRATOMES.

Cohnheim, cherchant à éclaircir le problème du cancer et frappé par la prodigieuse vitalité des cellules cancéreuses, pensa qu'une telle fécondité ne pouvait appartenir qu'à des cellules embryonnaires. Pour lui toutes les tumeurs dérivent de malfaçons de tissus ou d'organes survenues au cours du développement de l'embryon.

Cette féconde hypothèse eut une vogue inouïe et si ses nombreuses insuffisances ne lui permettent pas d'expliquer l'origine de toutes les tumeurs et doivent nous inciter à faire une place à bien d'autres notions, elle eut le mérite de susciter des expériences multiples qui permirent de mieux comprendre la genèse des tumeurs hétérotopiques.

Celles-ci sont de deux ordres :

a) *Hétérotopies expérimentales* : Les greffes des tissus adultes ou embryonnaires ;

b) *Hétérotopies naturelles* : les unes vestigiales, très voisines de certains organes vestigiales tels que le corps de Rosenmüller ou l'hydatide pédiculée, les autres dysgénétiques qui seules nous intéressent.

Si dans l'organisme en construction une erreur se produit en cours d'évolution, on conçoit qu'une cellule ou un groupe de cellules puissent cesser momentanément de se multiplier ou ne pas être transportés à l'instant voulu ou au point précis où ils devaient poursuivre leur évolution. En tout cas ils ne sont pas à leur place en raison d'un vice de développement. Ce sont des hétérotopies dysembryoplasiques.

Leur constitution peut être variable : cellules nodales de Bard ou cellules génératrices définitives, tissus complexes ou simples à un stade plus ou moins avancé de leur différenciation et de leur prolifération. Il est bien évident que leur évolution dépendra de tous ces facteurs : des cellules au terme de leur évolution, dépourvues de potentiel évolutif, ne pourront donner que des hétérotopies dormantes, comparables histologiquement malgré leur essence différente aux hétérotopies vestigiales.

Les cellules génératrices mères d'organes et les cellules nodales peuvent aussi bien rester au repos définitivement ou se réveiller à une période variable de la vie intra ou extra-utérine sous une influence quelconque et donner alors naissance à des tissus comparables à ceux qu'elles auraient formés en bonne place.

Ainsi naîtront les tumeurs liées à une hétérotomie dysembryonnaire ou dysembryomes.

Quel que soit le moment où l'évolution se produit,

elle offre les mêmes caractères. Elle se comporte comme une greffe. Elle prolifère sur place, forme un massif cellulaire parasite dont l'accroissement et la complexité sont en rapport avec le potentiel évolutif des cellules initiales.

Du simple au composé nous pourrions voir :

1° *Des dysembryomes simples* comprenant une seule lignée tissulaire, habituellement régionaux (chondromes, nævi, névromes, adénomes congénitaux, etc...).

2° *Des dysembryomes complexes* englobant en particulier le groupe confus des anciennes tumeurs mixtes.

Masson a bien montré que ces dysembryomes, si complexes soient-ils, ne sont pas absolument ubiquitaires, mais plutôt régionaux : les dysembryomes cervicaux comprennent bien des kystes épidermiques et des masses nerveuses, des tubes et kystes à épithélium trachéal pourvus d'annexes glandulaires séro-muqueuses, des tuniques musculaires lisses, mais les éléments intestinaux et Wolffiens par exemple y manquent totalement.

Dans ce groupe, Cunéo et Veau ont fait une large place aux branchiomes dérivés des deux revêtements ecto et endodermiques des fentes branchiales primitives. Ces auteurs tendent en particulier à englober dans le groupe des branchiomes nombre des anciennes tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Outre leur structure plus complexe, un fait vient différencier les branchiomes des tumeurs qui font

l'objet de cette étude : les branchiomes se développent généralement après la naissance.

3° *Les tératomes*, enfin, sont les plus complexes des dysembryomes puisque, nous l'avons vu, ils comprennent par définition toutes les tumeurs greffables de l'organisme.

On y trouve donc des tissus et même des fragments d'organes plus ou moins différenciés à distance du siège normal de ces organes chez l'adulte et même des différentes régions que ces organes ont pu occuper au cours du développement embryologique.

Rien ne devrait donc être plus simple, par une étude histologique bien conduite, de distinguer les tératomes des autres dysembryomes. Pratiquement le diagnostic est parfois très compliqué par la notion de *tératomes simplifiés* : certains tissus, après avoir proliféré momentanément peuvent s'atrophier et disparaître, leur place restant marquée par des figures de résorption : *les cholestéatomes*.

Dans nombre des cas la multiplicité des tissus reste assez grande pour marquer la totipotence du germe initial, mais le processus de simplification peut être poussé beaucoup plus loin et aboutir à un véritable kyste dermoïde que rien ne distingue plus d'un dysembryome simple dès son origine. Il est exceptionnel d'ailleurs de noter un processus de simplification aussi intense au niveau de la région cervicale.

THÉORIES EMBRYOGÉNÉTIQUES.

La théorie du tératome monstre double endocymien de Geoffroy-Saint-Hilaire a fait naître autrefois trois hypothèses, dont certaines sont valables d'ailleurs pour les monstres doubles. Lannelongue et Achard les résument ainsi :

- a) *Superfœtation* : Hypothèse abandonnée de tous ;
- b) *Fécondation simultanée de deux œufs*, puis arrêt du développement de l'un d'eux et son inclusion dans le suivant ;
- c) *Fécondation d'un œuf à deux germes*. C'est la seule retenue. En réalité, l'observation fréquente de monstres doubles chez les poissons a depuis longtemps permis de voir que, même dans le cas d'œufs à deux germes, l'inclusion n'avait jamais lieu et qu'il y avait toujours accollement des deux embryons.

Ces faits permettent de rejeter la théorie de Geoffroy-Saint-Hilaire, et bien que le terme de tératome ait prévalu dans la littérature, les tumeurs ainsi désignées ne représentent pas de véritables monstres jumeaux de leur porteur, de *fœtus in fœtu*.

L'étude minutieuse des observations où la structure organoïde est la plus poussée ne permet d'ailleurs jamais de reconnaître un agencement normal des parties et il a souvent fallu toute l'imagination des auteurs pour reconnaître dans tel fragment osseux un humérus ou un fémur caractéristique.

Nous ne croyons pas que la théorie de l'enclavement formulée déjà par Verneuil en 1852 puisse être rete-

nue, selon laquelle il se ferait des plicatures épidermiques à un moment de l'évolution, et une fermeture incomplète des fentes diverses. Cette théorie fournirait pour son défenseur une explication analogue des branchiomes, des tumeurs sacro-coccygiennes. Valable en effet pour les branchiomes elle ne paraît pas devoir être retenue pour les tératomes tels que nous les envisageons.

Restent donc en présence deux théories susceptibles d'expliquer les faits :

— *Théorie de l'enclavement blastomérique de Bonnet.*

Elle semblait, jusqu'à ces derniers temps, la plus vraisemblable. Un blastomère inutilisé restait en sommeil dans les tissus adultes (ou tout au moins, pour ce qui nous occupe, assez tardivement dans les tissus du fœtus in-utéro) et reprenait son évolution avec un potentiel évolutif conservé d'où la multiplicité ou même l'universalité des tissus de la tumeur.

— *Théorie parthénogénétique due à Salter et Richlie, défendue par Mayweg, modifiée par Waldeyer.*

Elle faisait appel à la multiplication parthénogénétique d'une cellule germinative. Loeb avait montré la possibilité de ce fait expérimentalement, mais certains faisaient remarquer qu'une évolution parthénogénétique aboutirait à une grossesse ectopique avec enveloppes fœtales et non à une tumeur analogue à celle que nous étudions. Aussi les classiques rejettent-ils ces théories.

Depuis, Peyron, dans une série de communications récentes faites avec divers collaborateurs : Hartmann, Ménétrier, Ish-Wall, a insisté sur la présence de tissu chorio-épithélial dans les dysembryomes et les tératomes. Cette présence redonne une nouvelle jeunesse à l'hypothèse d'une *parthénogénèse gonoblastique*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

Les tératomes forment des masses plus ou moins volumineuses, mono ou polykystiques, bien qu'on connaisse des tératomes solides exceptionnels à la région cervicale.

Ces masses déforment la région en dehors, refouissent les muscles et les vaisseaux, mais ne dévient pas la trachée. Les tératomes du cou sont bien encapsulés et leur loge ne comprend pas un réseau vasculaire très serré.

Leur accroissement est purement local, non infiltrant.

A la coupe on trouve des cavités kystiques plus ou moins vastes contenant souvent des tissus nécrosés.

On peut y reconnaître quelquefois des formations encéphaloïdes reconnaissables à l'œil nu.

Il arrive que les noyaux cartilagineux et osseux, comme dans une de nos observations, forment des masses assez volumineuses pour être décelées à l'examen macroscopique.

Dans quelques cas les cavités kystiques sont à peine visibles à l'œil nu.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

De par sa définition même le tératome peut comprendre tous les tissus greffables de l'organisme, mais on les rencontre en plus ou moins grande abondance.

Le tissu nerveux domine habituellement et c'était le cas de nos deux observations personnelles, Tomasini, nous l'avons vu, rapporte aussi un tératome à contenu encéphaloïde.

Ce tissu nerveux est surtout représenté par de la névroglie entourant des cavités épendymaires plus ou moins vastes, voire de véritables ventricules avec plexus choroïdes. L'aspect encéphaloïde domine, mais on peut trouver des cellules ganglionnaires ou même de véritables ganglions rachidiens avec leur enveloppe conjonctive. Les masses nerveuses mal limitées, très fréquemment dépourvues de méninges, s'intriquent avec le tissu conjonctif voisin.

Souvent avec le tissu nerveux voisinent des formations à type rétinien.

Les formations bronchiques comprennent leurs divers éléments : épithélium cilié, cartilage, muscle lisse, glandes muqueuses plus ou moins en ordre.

On voit également de nombreuses vésicules thyroïdiennes (Cas de Lavonius).

Les glandes salivaires séreuses ou séro-muqueuses forment de petits kystes.

On trouve encore des formations ectodermiques avec des ébauches de poils ou de glandes sébacées, des aspects dermo-papillaires de type buccal auxquels parfois fait suite un épithélium unistratifié.

Les glandes intestinales se reconnaissent facilement alors que l'appareil urinaire est réduit à des tubes ou kystes à épithélium cylindrique clair ou stratifié.

Quant au tissu conjonctif, il présente ses diverses différenciations : muscles lisses ou striés, cartilage, os. Le tissu conjonctif commun entoure les différentes cavités épithéliales et les basales sont parfaitement nettes.

Fait important : bien que les tissus puissent être très différenciés ou atrophiés en raison de leur vascularisation insuffisante, ils sont habituellement de type adulte dans les tératomes apparus après la naissance. Toutefois dans les tératomes congénitaux qui nous intéressent on peut voir des tissus et en particulier l'encéphale ayant gardé certains caractères embryonnaires.

Jamais on ne rencontre à la naissance d'aspect histologique de malignité. Mais si la tumeur n'était pas enlevée on pourrait dans certains cas assister à leur transformation néoplasique. Les tératomes et dysembryomes ne sont, pas plus que les hétérotopies vestigiales ou autres, des néoplasmes, mais ils peuvent devenir néoplasiques. Askanazy considère que l'évolution maligne est d'autant plus à redouter que la tumeur a une constitution plus « embryonnaire ». Il est enfin classique de citer la possibilité de métastases à la suite d'une observation de Pupovac.

SYMPTOMES

Du point de vue obstétrical, rien dans nos observations n'avait fait suspecter une tumeur avant la naissance. On pourrait évidemment formuler l'hypothèse selon laquelle, lorsque le tissu osseux est contenu dans le tératome, une radiographie permettrait de suspecter l'anomalie foétale in utéro de même qu'elle permet dans certains cas de faire le diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire (*Thèse Burthiault, Lyon, 1938*).

On ne voit cependant pas quels signes d'appel attireraient l'attention et feraient pratiquer cet examen radiographique ; il est difficile en effet de soupçonner pareille malformation sur la simple constatation d'une grossesse gemellaire (obs. 1) voire même sur celle plus rare d'un hydramnios aigu (cas de Wilson).

Nous n'apportons pas plus de précisions sur les anomalies de présentation et les dystocies que pourraient provoquer les tératomes du cou. Dans notre observation n° 2 une application de forceps pour arrêt de la progression a été nécessaire chez une tertigeste de 29 ans dont le travail s'était déroulé normalement jusqu'à dilatation complète du col et qui ne présentait aucune cause de dystocie particulière en dehors de la malformation foétale ; le complément de flexion de la tête arrivée sur la pédale coccygienne a-t-il été impos-

sible en raison de l'obstacle cervical ? Il est difficile de le dire. Rappelons simplement que, dès ce moment, la prolongation de la période d'expulsion avait eu son retentissement sur le fœtus, dont les bruits du cœur étaient devenus irréguliers. Il mourut quelques heures après la naissance, sans que nous puissions affirmer si la mort a été due à la longueur du travail ou à la malformation.

C'est bien à la malformation en tous cas que semble due la mort de l'enfant observé par Freïtas Simoës qui fut expulsé facilement malgré l'énorme tumeur dont il était porteur.

Ainsi, deux fois sur six, nous notons la mort du fœtus dans les premiers instants qui suivent son expulsion.

A l'examen, le tératome se présente généralement comme une volumineuse tumeur, ainsi qu'en témoignent les cas que nous rapportons. Pour s'en faire une idée on peut jeter un coup d'œil aussi bien sur notre photographie que sur celles publiées par MM. Trillat et Notter, Freïtas Simoës, Lecène et Mouchet.

Le plus souvent unilatéral, il peut parfois déborder sur la ligne médiane ou même du côté opposé comme dans le cas de Freïtas Simoës.

En haut ces tumeurs atteignent le maxillaire inférieur et le lobule de l'oreille qu'elles déplissent, en bas elles vont jusqu'à la clavicule et le manubrium sternal pouvant s'introduire dans le médiastin, en arrière elles dépassent souvent le bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Leur aspect est bosselé, et à leur surface on note fréquemment un petit lacis veineux et artériel comme le rapporte notre observation n° 1 sans que jamais, toutefois, la peau ne prenne un aspect vraiment anormal.

Les téguments sont simplement soulevés se continuant directement avec ceux qui les avoisinent sur le reste du cou sans former de pédicule ou de collet.

La palpation peut révéler des différences de consistance suivant les endroits, les uns donnant une impression de dureté, les autres de rénitence, voire de fluctuation selon la nature des éléments qui forment la tuméfaction.

De ces éléments dépend également la translucidité possible de la tumeur (kystes).

La peau glisse parfaitement à la surface du tératome qui ne lui adhère jamais.

La tumeur gêne les mouvements de la tête et l'incline du côté opposé au prorata de son volume.

La dyspnée est minime généralement, même avec de volumineux tératomes comme dans notre observation 1. Il est probable cependant que l'enfant observé par Freitas Simoës, dont la tumeur était énorme et se prolongeait devant la trachée, est mort asphyxié. Dans les autres observations on ne nota jamais d'accidents aussi dramatiques, mais simplement un peu de dyspnée accompagnant l'augmentation de volume de la tumeur.

La dysphagie n'est signalée que dans une seule de nos observations (la première) où l'enfant présentait quelques troubles de déglutition au troisième jour.

Nous n'avons enfin jamais relevé de troubles de la voix et du cri, ni d'altération de l'état général ou d'autres malformations.

Dans l'observation n° 1, qui concerne une gemellaire, le deuxième jumeau était tout à fait normal.

DIAGNOSTIC

1° Il faut d'abord éliminer *les grenouillettes*, ce qui est facile, même lorsqu'elles sont très volumineuses ;

2° *Les angiomes* peuvent présenter de nombreux points de ressemblance avec les tératomes et les lymphangiomes, surtout en ce qui concerne les angiomes caverneux profonds. Cependant leur réductibilité sous l'action des pressions prudentes et méthodiques d'une part, leur augmentation de volume lorsque l'enfant est en position déclive ou crie d'autre part, sont de bons éléments différentiels. La ponction plus dangereuse peut ramener du liquide sanglant dans toutes les variétés de tumeur, il s'agira de sang pur dans les angiomes ;

3° « *Les lipomes congénitaux*, écrit Broca, sont « assez exceptionnels pour qu'en principe on n'y doive pas songer, d'ailleurs ils ne sont jamais à leur volume au moment de la naissance » ; en outre ils sont mous, grenus, diffus avec de petits grains durs comme des grains de plomb.

4° *Les kystes branchiaux uniloculaires* sont exceptionnellement visibles à la naissance, ils ne se développent que vers la puberté après une phase de stagnation (Verneuil).

Dans la région médiane du cou cette règle est toujours vraie, mais dans la région latérale elle est parfois transgressée suivant Broca et ainsi pourrait se poser de façon rarissime chez le nouveau-né le diagnostic différentiel entre kyste amygdaloïde uniloculaire et lymphangiome ou tératome. Il serait alors pratiquement insoluble si le kyste uniloculaire n'était de tout petit volume à ce stade.

5° *Les fibro-chondromes-branchiaux* ne seront jamais confondus avec les tératomes. Ce sont des tumeurs beaucoup plus petites siégeant généralement au voisinage du pavillon de l'oreille sous l'aspect de petites excroissances en massue, saillantes, multiples et souvent symétriques.

6° *Les kystes congénitaux multiloculaires ou lymphangiomes* du cou du nouveau-né sont plus fréquents que les tératomes. Leur aspect, du point de vue clinique, est exactement semblable et c'est à eux que l'on pense lorsqu'une grosse tumeur cervicale est visible à la naissance.

Parmi les caractères différentiels, nous noterons toutefois la plus grande dureté des tératomes (Veau et Plessier). A ce moment encore, une radiographie pourrait déceler les fragments osseux qui, dans certains cas, permettraient d'éliminer le lymphangiome.

De toutes façons il convient de rappeler ici que dans aucune de nos observations, le tératome ne fut diagnostiqué avant l'intervention ou l'autopsie et que, trois fois au moins (obs. I, II et IV), on avait cru à un lymphangiome.

TRAITEMENT

Nous éliminerons tout d'abord la ponction du tératome. Elle pourrait être conseillée à la naissance lorsque des accidents asphyxiques se font immédiatement jour et serait alors susceptible, en évacuant une ou plusieurs cavités kystiques, de diminuer la compression des voies respiratoires.

Dans le rapport qu'il fit de la publication de Freïtas Simoës, Auvray discuta rétrospectivement cette ponction en raison du très gros épanchement liquide (150 cc.) qui fut trouvé à l'autopsie.

Le véritable traitement des tératomes du cou chez le nouveau-né est leur exérèse chirurgicale précoce, il en est de même d'ailleurs pour les lymphangiomes.

En faveur de l'exérèse militent les accidents de compression des organes respiratoires toujours possibles, aussi bien que la nécessité de débarrasser l'enfant d'une tumeur qui ne régressera pas. Il ne faut pas négliger non plus, écrivent Veau et Plessier, la dégénérescence toujours possible des tératomes.

En faveur de la précocité de l'intervention que conseille tout particulièrement le Professeur Tavernier, on doit citer la facilité de l'exérèse des tératomes sur laquelle nous reviendrons, la plus grande résistance du nouveau-né au choc opératoire et enfin l'inutilité chez

lui d'une anesthésie générale particulièrement délicate toutes les fois que le chirurgien s'attaque à une tumeur cervicale.

En principe une bonne date pour l'intervention sera le troisième jour après la naissance.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Anesthésie. — On peut se passer d'anesthésie ou pratiquer une anesthésie locale légère avec une solution de scurocaïne à 1 pour 200 injectée sur toute la circonférence de la tumeur après désinfection des téguments à l'alcool iodé

Incision — Son tracé semble indifférent et essentiellement conditionné par l'aspect et les dispositions propres à chaque tumeur ; dans l'observation I, le Professeur Tavernier fit une incision allongée de haut en bas et d'arrière en avant, parallèle au bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien alors que dans l'observation IV la photographie de l'enfant après l'intervention montre que le tracé de l'incision fut transversal.

Libération de la tumeur. — Elle est généralement facile sans qu'on soit obligé de sacrifier aucun des éléments musculaires de la région. Le clivage du tératome d'avec les tissus voisins est généralement très aisé et se fait au doigt.

Contrairement au lymphangiome qui pousse souvent des prolongements lointains et adhérents rendant son exérèse totale aléatoire, le tératome se laisse facilement extirper en totalité.

Il ne contracte généralement pas de rapports intimes avec les vaisseaux du cou, ce qui le distingue encore des lymphangiomes et son hémotase est habituellement très simple.

Fermeture. — Il est opportun de réséquer une partie de la peau qui recouvre le tératome comme cela fut fait dans notre observation 1. On ferme ensuite complètement la plaie opératoire sans drainage.

SUITES OPÉRATOIRES.

Elles sont généralement des plus simples sans suppuration et la cicatrice ne présente (Obs. I) habituellement pas de caractères inesthétiques, ne gênant par ailleurs en rien les mouvements du cou.

Trois fois sur trois dans les observations que nous rapportons et où l'exérèse du tératome fut pratiquée le résultat fut excellent à tous points de vue.

Lavonius dans sa statistique ancienne, dont nous avons vu que tous les cas ne concernaient pas des nouveau-nés, note pour sept interventions cinq guérisons, une mort et un résultat inconnu.



CONCLUSIONS

I. — Les tératomes du cou du nouveau-né sont des tumeurs extrêmement rares. Nous en rapportons deux observations récentes, les seules qui aient été recueillies sur plus de 45.000 naissances dans trois services hospitaliers lyonnais depuis dix ans.

II. — Ce sont des tumeurs à tissus multiples : tissu nerveux, lymphoïde, musculaire, conjonctif, osseux, cartilagineux, glandulaire, peau. Elles comprennent en un mot tous les tissus greffables de l'organisme, ce qui exclut les parenchymes glandulaires hautement différenciés comme celui du rein par exemple.

III. — Différentes théories ont été proposées pour expliquer ces tumeurs. Seules gardent aujourd'hui quelque vraisemblance les théories de l'enclavement blastomérique et du développement parthéno-génétique d'une cellule sexuelle.

IV. — La symptomatologie des tératomes du cou chez le nouveau-né diffère peu de celle des lymphangiomes. Ce sont des tumeurs le plus souvent volumineuses, généralement unilatérales, bosselées, de consis-

tance irrégulière mais surtout dures, dont le cortège fonctionnel, lorsque l'enfant a survécu aux premières heures après sa naissance, est habituellement discret.

V. — Le traitement idéal du tératome du cou du nouveau-né est son exérèse très précoce.

L'intervention est généralement facile et totale. La tumeur se laisse aisément cliver des tissus voisins et son hémostase est simple.

Les suites opératoires sont habituellement très favorables.

Vu : *Le Doyen*,
JEAN LEPINE.

Le Président de la Thèse,
J. VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Juin 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pu consulter les publications dont les titres figurent en italique.

BROCA. — Chirurgie infantile, Paris 1914.

COLLORIDI. — *Contributo alla connozzenza dei tumori del collo*

Annali di Ost et Gin, 1933, page 387 (vol. 55).

CORNIL et RANVIER.

Manuel d'histologie pathologique. Paris 1912.

ESTOR et MASSABUAU. — Les prétendus kystes branchio-gènes multiloculaires du cou.

Revue de Chirurgie, page 341, 10 septembre 1912.

FÈVRE et PAVIE. — Un cas de tératome de la région cervicale.

Ann. d'Anat. pathol., décembre 1931, page 1245.

FREITAS SIMOES. — Tumeur congénitale du cou (tératome kystique).

Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1934, page 30.

GEOFFROY SAINT HILAIRE. — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisme chez les hommes et les animaux. Paris 1832, 37.

JENTZER. — Etude expérimentale sur les tératomes par greffes d'embryons conservés extra-corpus.

Revue Médicale de la Suisse Romande, 1908, page 329.

KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris 1898.

LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Paris 1891.

LAVONIUS. — Tumeurs congénitales du cou (tumeurs térétoïdes provenant de la glande thyroïde).

Réf. dans le Journal de Chirurgie, 1909, Tome III, page 46.

LECÈNE et MOUCHET. — Deux nouvelles observations de tératome de la région cervicale.

Ann. d'anat. pathol. 1928, page 953.

MASSON. — Diagnostics de laboratoire.

In traité Sergent, Tome XXVII, Paris 1923.

RHENTER. — Pratique de l'art des accouchements. Tome V du traité de Bar et Brindeau, Paris, 1927.

ROSSANO. — Les kystes, fistules et tumeurs de la région latérale du cou et le problème de leur origine.

Thèse Paris, 1932.

SAPHIR. — *Teratoma of the neck.*

The American Journal of Pathology. Mai 1929, page 313.

SCHWALBE. — Allgemeine Missbildungen (Teratologie), Iena 1913.

TOMASSINI. — *Tératome du cou à constitution encéphalique.* *Annali italiani di chirurgia*, 1938, n° 5

Réf. in sommaire des périodiques, Journal de chirurgie, 1938, II.

TRÉVOUX. — Des tumeurs à tissus multiples.

Thèse de Lyon, 1888.

TRILLAT et NOTTER. — Un cas de tératome cervical juxtaparathyroïdien.

Bull. Soc. Gyn. et Obst., mars 1939.

VEAU et PLESSIER. — Affections congénitales de la face et du cou. In Tome IV, Traité de Médecine des Enfants. Nobécourt et Babonneix, p. 435.

WILSON. — *Un cas de tératome du cou d'un fœtus avec hydramnios aigu.* *Journ. Obst. a Gyn. Brit. Emp.* février 1939. Ref. in bibliographie de l'E. M. C., 1939, I.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Observations	15
Pathogénie	31
Anatomie pathologique	39
Symptômes	43
Diagnostic	47
Traitement	49
Conclusions	53
Bibliographie	55



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



